

## FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone:		Clinique ou hôpital :	
Nom du médecin traitant :			
Téléphone du médecin :			

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date : _____ Raison : _____	
<b>Blessures graves</b>	<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>
Date :	Date :
Décrire :	Décrire :
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	Autres, préciser :

## 5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :			*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?  
Oui  Non

### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Signature du parent \_\_\_\_\_

## 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

## 8. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

## 9. AUTORISATION DE DÉPART AVEC L'ENFANT

Personne autorisées à partir avec l'enfant : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
autres personnes autorisées à récupérer l'Enfant en cas d'impossibilité des parents :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_